

## Cooperación internacional en salud infantil (Segunda parte). Estrategias en países en desarrollo

M. de Aranzabal Agudo

Doctora en Medicina y Pediatra. Vocal de Pediatría Social.

CS Agurain-Salvatierra, Araba.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 475-491

Maite de Aranzabal Agudo, mdearanzabal@apar.osakidetza.net

### Resumen

*Diez millones de niños mueren cada año en el mundo.*

*Muchas agencias, organismos y organizaciones como la Unión Europea, la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), los gobiernos de las comunidades autónomas o la mayoría de ayuntamientos y ONG no tienen políticas de acción específicas contra la morbi-mortalidad infantil. Otras como la OMS, UNICEF u ONG infantiles sí las tienen.*

*En la primera parte de este trabajo se hizo un planteamiento sobre la situación de la salud, las causas y las cifras actuales de mortalidad infantil en el mundo. Se exponían luego los ambiciosos objetivos planteados por los foros mundiales para conseguir hacer disminuir las muertes de menores de 5 años en dos tercios para el año 2015.*

*En esta segunda parte se estudian las diferentes estrategias, selectiva, integrada y social, diseñadas para mejorar esas terribles cifras y se explican los requisitos que cualquiera de ellas debe de cumplir.*

*Se exponen los resultados de las intervenciones realizadas hasta el momento y su efectividad.*

*Se subraya la falta de acceso de los niños del Tercer Mundo a un Sistema de Salud integrado con una buena Atención Primaria preventiva y curativa.*

*Se concluye con la necesidad de que los donantes apoyen a las naciones receptoras para que desarrollen un programa público de salud a nivel de distrito.*

**Palabras clave:** *Cooperación Internacional, Estrategias de salud, Estrategia integral, Estrategia selectiva, Mortalidad infantil.*

### Abstract

*Each year ten million children die in the world.*

*Many Agencies, Authorities and Organisations such as the European Union, the Spanish Agency for International Co-operation (AECI), the Governments of the autonomous communities and the majority of town councils and NGOs have no specific action policies to prevent child morbidity and mortality. Others, such as the WHO, UNICEF or children's NGOs do have such a policy.*

*The first part of this work assessed the health situation, the causes and the current figures for child mortality in the world. It then set out the ambitious objectives put forward by the world forums, directed at reducing the number of deaths among children under five by two thirds by the year 2015.*

*This second part studies the different strategies (selective, integrated and social) designed to improve these terrible figures and sets out the requirements to be met by any strategy adopted.*

*It gives the results of the actions implemented to date and their effectiveness.*

*It emphasises the fact that children in the Third World do not have access to an Integrated Health System with good preventive and curative Primary Care.*

*It concludes by stressing the need for donors to support the receiving nations in order to develop a public health program at a district level.*

**Key words:** *International Co-operation, Health strategies, Integrated management, Specific management, Child mortality.*

## **Criterios que debe de cumplir una buena estrategia de salud**

Para entender bien el planteamiento de una estrategia debe de asumirse cuál es la situación de la sanidad en el lugar al que va destinada y cuáles son las causas y los determinantes de la salud como se ha revisado previamente<sup>1</sup>.

Por otro lado, antes de describir los tipos de estrategias debemos hacer referencia a algunos criterios mínimos que cualquiera de ellas debe salvaguardar:

### **Equidad**

La diferencia de resultados de intervenciones entre niños ricos y pobres es cada vez mayor. Y no ha mejorado con la estrategia GOBI o Salud para todos en el año 2000 (Declaración de Alma-Ata)<sup>2</sup>.

La mortalidad ha disminuido un 71% en los países ricos y un 40% en los pobres. Y esto ocurre entre países y repetidamente dentro de los propios países.

La misma injusticia ocurre entre sexos, pues en Asia del Sur se presta mucha menos atención a las niñas y, como consecuencia, tienen un 40% más de posibilidades de morir antes de los 5 años.

Esto es inequidad, que significa no sólo desigualdad sino una desigualdad injusta. Si descendiera, la mortalidad disminuiría mucho más que con cualquier nueva tecnología.

Por ello, se deben diseñar políticas para hacer disminuir esas inequidades. Una forma de hacerlo es mejorando la evaluación de datos, midiendo el estado de salud por nivel socio-económico, por sexos o por etnias. Medir también si el uso de servicios es equitativo<sup>2,3</sup>.

Además se deben tomar medidas de discriminación positivas hacia los más desfavorecidos que pueden ser de dos tipos:

- Programas dirigidos directamente a los pobres: son efectivos aunque difíciles de administrar, pueden ser estigmatizantes e incluso antiéticos (vacunar sólo a los pobres).
- Y programas que buscan alcanzar una rápida cobertura universal en la que quedarían los pobres incluidos. Esto es más fácil de administrar.

### **Respeto al medio ambiente**

Otro requisito a cumplir por las estrategias es que deben ser inmensamente cuidadosas con el medio ambiente y apoyar la relación que cada población tiene con la naturaleza.

### **Estrategias locales y personalizadas**

Estas estrategias requieren un profundo estudio y planificación; no pueden trasladar las concepciones occidentales a cualquier cultura y actuar desde nuestra lógica obviando la lógica de la gente a la que van destinadas.

El personal sanitario, sobre todo, debe tener en cuenta que los problemas no se pueden afrontar como algo independiente de su contexto; hay que tener siempre una visión amplia de la situa-

ción pensando que detrás hay un proceso histórico previo y un tejido social-organizativo con sus líderes y sus costumbres.

### **Atención Primaria universal**

Las estrategias deben tender a ser aplicadas por medio de Sistemas de Salud, y cuando éstos no funcionan, por medio de trabajadores comunitarios.

### **Sostenibilidad**

Y por último, las estrategias deben ser sostenibles y la única forma de lograrlo es implicar directamente al personal y al gobierno locales.

Cualquier tipo de estrategia debe tener en cuenta que en los países desarrollados se dedican 1.000 dólares por persona y año a la salud y, por ejemplo, en África la cifra es de 1 dólar.

Se podría hablar de dos tipos de estrategia: de enfoque médico sanitario, que a su vez se subdivide en selectiva o integral, y de enfoque social.

### **Estrategias de enfoque médico-sanitario**

#### **Estrategia Selectiva o Atención Primaria de Salud Selectiva**

La versión integral de la Atención Primaria de salud enunciada en Alma-Ata pronto resultó ser demasiado cara y po-

co realista<sup>4,5</sup>. Si se querían mejorar los indicadores, habría que dirigirse a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones concretas.

Teóricamente la idea es reforzar el Sistema de Salud, pero mientras tanto llevar a cabo intervenciones concretas por medio de iniciativas de la comunidad.

La estrategia selectiva actúa sobre los determinantes directos de la salud, no sobre otros que puedan ser llevados a la práctica por diferentes sectores (educación materna, agua potable...), pero asume que países con mejor capacidad de sistemas de salud añadirán otras intervenciones más elaboradas.

Técnicamente se trata de planificar intervenciones que reduzcan la exposición a la enfermedad y prevenciones o tratamientos que reduzcan la posibilidad de que esa enfermedad lleve a la muerte.

El criterio principal es que esa intervención pueda ser llevada a altos niveles de cobertura poblacional, aunque esa factibilidad cambie de unos países a otros.

El ejemplo más conocido es la estrategia anunciada por UNICEF en 1982 diseñada para lograr, a un coste accesible para los países pobres, una "revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil"<sup>6</sup>.

Fue avalada por todas las organizaciones de salud infantiles y líderes na-

cionales y regionales. Estaba dirigida a niños menores de 5 años y su objetivo era reducir a la mitad la mortalidad infantil en el mundo en el año 2000. Daba prioridad a cuatro intervenciones sobre la salud que en inglés forman el acrónimo GOBI:

- Control del crecimiento (*Growth monitoring*).
- Terapia de rehidratación oral (*Oral rehydration therapy*).
- Lactancia materna (*Breast-feeding*).
- Inmunización (*Immunization*).

Al ver que era demasiado selectiva, al año siguiente UNICEF recomendó una versión ampliada, el "GOBI-FFF":

- Planificación familiar (*family planning*).
- Suplementos alimenticios (*food supplements*).
- Educación femenina (*feminine education*).

El grupo Bellagio, que ya he mencionado en la primera parte de este estudio, ha realizado un análisis de cuáles son las intervenciones selectivas que más efectividad han tenido en la disminución de mortalidad infantil.

Este grupo Bellagio ha hecho también una estimación (aunque algunas de las presunciones se han basado en pocos estudios) de la reducción del total de muertes que podría conseguirse gracias

a la combinación de intervenciones efectivas, con posibilidad de ser llevadas a cabo y con amplia cobertura.

La estimación de un buen resultado para un conjunto de intervenciones ha resultado ser muy robusta; por ejemplo,

lactancia materna más alimentación complementaria más vitamina A más zinc, podrían llevar a una disminución de muertes del 25% del total, el conjunto de medidas anti-infecciones, 33% de reducción, etc. (Figura 1).

**Figura 1.** Causas de muerte en niños menores de 5 años. Eficacia de las intervenciones.

	Diarrhoea	Pneumonia	Measles	Malaria	HIV/AIDS	Birth asphyxia	Preterm delivery	Neonatal tetanus	Neonatal sepsis
<b>Preventive interventions</b>									
• Breast-feeding*	1	1							1
Insecticide-treated materials				1			1		
Complementary feeding	1	1	1	1					
Water, sanitation, hygiene	1								
Hib vaccine		1							
Zinc	1	1		2					
Vitamin A	1		2	2					
Antenatal steroids							1		
Newborn temperature management							2		
Tetanus toxoid								1	
Nevirapine and replacement feeding					1				
Antibiotics for the premature rupture of membranes							2		2
Clean delivery								1	1
Measles vaccine			1						
Antimalarial intermittent preventive treatment in pregnancy							1		
<b>Treatment interventions</b>									
Oral rehydration therapy	1								
Antibiotics for pneumonia		1							
Antimalarials				1					
Antibiotics for sepsis									1
Newborn resuscitation						2			
Antibiotics for dysentery	1								
Zinc	1								
Vitamin A			1						

1 Level 1 (sufficient) evidence      Hib = *Haemophilus influenzae* type b  
2 Level 2 (limited) evidence

\*Exclusive breast-feeding in the first 6 months of life and continued breastfeeding from 6 to 11 months

### **Estrategia integral: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI, IMCI)**

En 1990 la OMS se dio cuenta de que sólo la terapia de rehidratación oral (TRO) no era suficiente para curar la diarrea: el 35% son crónicas y el 15% son por amebas y precisarían antibiótico. También se comprobó que muchas infecciones respiratorias eran también malarías y precisaban cotrimoxazol, o que la meta del 90% de cobertura para el sarampión en 2000 no era posible porque muchos niños con malnutrición o enfermos no creaban inmunidad...

Era necesaria una visión integral de la salud y se unieron OMS, UNICEF y otras agencias para crear un plan (IMCI en inglés o AIEPI en español) programado con indicadores, objetivos y evaluación. Dicho plan consistiría en prevenir y curar las enfermedades con más carga en la mortalidad infantil (infección respiratoria, diarrea, sarampión, malaria y malnutrición) atendiendo al niño como un "todo"<sup>7,8</sup>. Sus bases eran:

- Mejorar el tratamiento de casos con guías adaptadas a cada país. Se formarían promotores de salud que con unas preguntas sistemáticas muy sencillas y de 10 ó 15 minutos de duración descartarían las 5 princi-

pales enfermedades (infección respiratoria, diarrea, malaria, sarampión y malnutrición) y, además de ofrecer solución a esa patología, indagarían sobre otras y sobre la salud de la madre. Estas guías varían según la epidemiología, resistencias o lengua.

- Mejorar el Sistema de Salud del país: el programa se preocupa de mejorar el acceso a sistemas de salud, el acceso a medicamentos, la monitorización de los trabajadores y el sistema de referencia (centro de salud u hospital).
- Mejorar algunos comportamientos clave en la familia y en la comunidad con educación sobre salud y atención a domicilio.

Actualmente se está realizando una evaluación de estos tres puntos en muchos de los países para ver el impacto en los resultados de la salud y los costos de implementación<sup>8-10</sup>.

Algunos programas de Atención Integral a nivel nacional y proyectos a pequeña escala han resultado exitosos.

### **Estrategia de enfoque social**

Desde el punto de vista de muchos trabajadores en cooperación, los dos tipos de estrategia descritos, que los grandes organismos diferencian claramente, son casi el mismo. Se trata de

enfoques verticales que ponen su énfasis en soluciones médicas.

Sin embargo, parece claro que los factores políticos, sociales y económicos tienen un impacto mucho mayor sobre la supervivencia y el bienestar de los niños que todas nuestras limitadas intervenciones de salud juntas<sup>11</sup>.

Por eso, la verdadera estrategia que cambiaría la salud de forma definitiva y con justicia debería ser no la conservadora ayuda al desarrollo que se está llevando desde los años 80 sino una estrategia comunitaria como la Atención Primaria de Salud propuesta en Alma-Ata en los 70:

- Basada en la comunidad y dando a las personas el control social de los Servicios de Salud. La autoestima y la conciencia social son necesarias en todas las etapas del desarrollo de estos servicios: identificación de los problemas, puesta en marcha del programa y evaluación.
- Contextualizada en la situación socio-política de esa comunidad.
- Con trabajadores de salud comunitarios o promotores de salud seleccionados desde y por su comunidad en el caso de no haber Sistema de Salud<sup>10</sup>.
- Implicada no sólo con los organismos internacionales y las ONG, si-

no con las organizaciones, las universidades, las iglesias, etc., locales.

- Con educación dentro del país, involucrando a personal local y desde sus conceptos sanitario-culturales por básicos que parezcan a nuestros ojos.
- Promotora de la industria local y el autoabastecimiento.

Esta estrategia no desdeñaría los programas utilizados en la estrategia integral, ni siquiera las intervenciones probadas de la selectiva, sino que las asumiría con entusiasmo como una parte de la estrategia general, pero no en primer término sino en último.

Comenzaría con los determinantes distales como educación, potabilización de agua u organización equitativa de Sistemas de Salud, reconociendo que los principales logros en la salud y la supervivencia han sido debidos más a factores políticos y económicos que a los avances médicos.

Por supuesto, esta estrategia de implicación socio-política iría necesariamente asociada a acciones que no son objeto de este estudio, como la abolición de la deuda externa, el acceso universal a medicamentos esenciales o el recorte de presupuesto en gasto militar y no en salud por parte de los gobiernos donantes y de los receptores.

## Discusión

Como ya he dicho en la primera parte de este trabajo, el Objetivo de la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 de hacer disminuir la TMM5 por debajo de 70 por 100.000 nacidos vivos en los 55 países que la tienen por encima de 100, sólo se ha conseguido en cinco<sup>12</sup>.

Desde el punto de vista de la consecución de los Objetivos del Milenio, la tasa de mortalidad disminuyó de 117 a 93 por mil en 1990, pero desde 1995 la disminución esperada del 33% ha sido del 10%, e incluso algunas coberturas vacunales han disminuido; luego la reducción de la mortalidad infantil en dos tercios precisa de un cambio substancial y rápido para ser alcanzada.

Se puede afirmar que las estrategias llevadas a cabo hasta la actualidad, aun habiendo contribuido en gran medida a la mejora de los niños del Tercer Mundo, no han tenido el éxito esperado. Tal vez porque no se pactaron las intervenciones necesarias para ello o porque se debe modificar la estrategia utilizada hasta ahora.

La estrategia social no rechaza el innegable valor de la tecnología y de las intervenciones médicas, y a su vez las estrategias médico-sanitarias creen en el proceso de desarrollo. Sin embargo

los métodos de trabajo, las expectativas, los objetivos y definitivamente el papel de los organismos, agencias y ONG son muy diferentes.

La **Atención Primaria de Salud Selectiva** es la política actual de la OMS y de UNICEF, aunque para ello hayan tenido que librar duras batallas con sus ideas y con sus donantes<sup>13</sup>.

Los defensores de este tipo de cooperación esperan resultados relativamente inmediatos y visibles. Creen que la tecnología tiene la capacidad de cambiar los resultados de la salud para un gran número de personas por vías que pueden ser sostenidas independientemente de la sociedad y de la gente que la compone<sup>14</sup>.

Ya he mencionado que recientemente esta estrategia ha sido evaluada por el grupo Bellagio<sup>15</sup>. Basándose en investigaciones publicadas y en amplias revisiones sistemáticas, este segundo artículo de la serie estudia la eficacia de las intervenciones concretas aplicadas hasta ahora y las clasifica según dicha eficacia. Posteriormente, ayudándose de los datos de UNICEF, detalla las coberturas reales de las principales intervenciones con nivel de eficacia 1 y 2 (eficacia probada) en los países en desarrollo (Tablas I y II, coberturas estimadas de las intervenciones de supervivencia infantil para los 42 países



**Tabla I.** Coberturas estimadas de las intervenciones de supervivencia infantil para los 42 países con el 90% de la mortalidad infantil mundial en 2000<sup>14</sup>. Intervenciones preventivas

Lactancia materna del 6.º al 11.º mes	90% (42-100)
Vacuna de sarampión	68% (39-99)
Vitamina A	55% (11-99)
Parto atendido e higiénico	54% (6-89)
Toxoide tetánico	49% (13-90)
Agua, sanitarios e higiene	47% (8-98)
Lactancia materna exclusiva en < de 6 meses	39% (1-84)
Control de temperatura del recién nacido	20%
Antibióticos para la ruptura precoz de membranas	10%
Esteroides antenatales	5%
Nevirapina y alimentación sustitutoria	5%
Materiales tratados con insecticida	2% (0-16)
Vacuna Hib	1%
Tratamiento antimalárico preventivo intermitente en embarazadas	1%
Zinc	0%
Alimentación Complementaria †	

**Tabla II.** Coberturas estimadas de las intervenciones de supervivencia infantil para los 42 países con el 90% de la mortalidad infantil mundial en 2000<sup>14</sup>. Intervenciones de tratamiento

Vitamina A	55% (11-99)
Antibióticos para la neumonía	40%
Antibióticos para la disentería	30%
Terapia de rehidratación oral	20% (4-50)
Antibióticos para la sepsis	10%
Resucitación del recién nacido	3%
Zinc	0%

con el 90% de la mortalidad infantil mundial en 2000<sup>15</sup>).

Así se ve que actualmente muy pocos niños están recibiendo las intervenciones demostradas efectivas en los 42 países con el 90% de la mortalidad total.

La continuación de la lactancia materna desde los 6 a los 11 meses era lo úni-

co que llegaba a casi todos, pero la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses sólo al 39%; la mosquitera con insecticida en países de malaria tan sólo al 2%; la TRO al 20%, la vacuna del sarampión a dos tercios de los menores de 5 años y el resto de intervenciones a escasos porcentajes. También se ve que las coberturas eran muy inferiores en los

sectores más pobres y que además en algunos casos habían empeorado.

Entonces, basándose en cálculos estimativos predice cuántas muertes podrían ser evitadas si esas intervenciones, aplicadas cada una aisladamente, tuvieran una cobertura universal (99%) y cuántas si se aplicara el conjunto completo de intervenciones por cada causa (por supuesto, una intervención después de otra para no evitar la misma causa con dos diferentes intervenciones).

Por fin, estima el número de muertes evitables según el perfil epidemiológico anteriormente diseñado de cada país.

Las conclusiones que obtiene el grupo Bellagio son:

1. Se podrían prevenir dos tercios de las muertes infantiles con las intervenciones ya a nuestro alcance, factibles de ser llevadas a cabo y que –siempre según ellos– podrían alcanzar una cobertura del 99%.
2. Aunque nunca están de más, no son necesarias nuevas vacunas ni drogas ni alta tecnología. El reto sería llevar a la acción lo que ya se tiene y se conoce.
3. También parece que el plan de supervivencia infantil se ha “desenfocado”, ya que no es muy razonable hacer un nuevo programa de enorme presupuesto contra las

limitadas muertes provocadas por el SIDA, cuando por muy poco dinero se pueden evitar millones de muertes causadas por diarrea u otra enfermedad.

Debo puntualizar que éste es un trabajo realizado con los únicos datos de que se dispone, y esto significa que se han utilizado datos indirectos e información secundaria, que nunca es tan precisa y rigurosa. Las conclusiones se han obtenido como hipótesis o teorías, no con el rigor científico que dan los números reales. Por ello, se precisan más datos, más información sobre efectividad de las intervenciones de manos de los ministerios de salud y de sus socios de los países en desarrollo, más discusiones técnicas de costos, de implementación, de sostenibilidad...

En esta estrategia selectiva no se menciona la morbilidad, sólo la mortalidad, ignorando la calidad de vida de los sobrevivientes<sup>14</sup>.

En cuanto al Programa de Atención Integral de UNICEF, el IMCI, las críticas se centran, por un lado, en que no conlleva un cambio socio-político de base y sin él el planteamiento, al ser de enfoque médico-sanitario exclusivo, es temporal, “poner un parche”.

Por otro lado, la evaluación realizada por la OMS está en estudio y de momen-

to la muestra no es demasiado grande<sup>8,9</sup>. Habrá que esperar resultados futuros.

Lo que sí se evidencia es que, por diversos motivos, menos del 10% de los promotores han sido entrenados, que no hay diferencias de cobertura en vacunación entre los países que tienen IMCI y los que no, o que en algunos países los niños sólo pasaban una vez al año por sus correspondientes servicios de salud.

Algunos motivos son la gran movilidad laboral de los promotores de la salud o lo cara que resulta su formación y el tiempo que se requiere, tan escaso en los sistemas de salud.

Además no se contempla la época perinatal, no hay cirugía ni traumatología, las enfermedades crónicas reciben nula o escasa atención y el SIDA puede estar entorpeciendo el plan en algunos países.

Otra parte del mal resultado se debe a que se transmiten diferentes mensajes simultáneamente con poca intensidad, en vez de pocos consejos pero llegar a mayor cobertura.

También hay que pensar que quizá la diferencia en la puesta en marcha de las intervenciones de unos países con respecto a otros puede deberse a factores distintos de los meramente epidemiológicos.

Según las primeras impresiones, no parece que la introducción del IMCI haga mejorar el sistema de salud ni que se haya hecho suficiente esfuerzo en cambiar comportamientos a nivel familiar o comunitario.

Otro reciente análisis del Demographic Health Surveys (DHS) en países en desarrollo muestra que los factores directos que más explican la disminución de la mortalidad infantil ocurrida en la pasada década fueron en este orden: la disminución del número de niños malnutridos, la de los que viven en pobres condiciones ambientales, el cuidado materno durante el embarazo y el parto y la caída del número de niños con diarrea.

Las estrategias selectivas o la confusamente llamada por UNICEF estrategia "integral", que son las analizadas por el grupo Bellagio en la serie sobre "supervivencia infantil" publicados en The Lancet, además de olvidar los determinantes distales de la salud, se centran únicamente en aquellas intervenciones que han demostrado su costo-eficacia a corto plazo.

Pero no podemos centrarnos en intervenciones probadas: hay que recordar que la demostración de otras, presumiblemente más efectivas, es mucho más compleja y requiere más tiempo<sup>14</sup>.

Por otro lado, algunos detractores aducen que no se puede actuar sólo sobre las causas médicas obviando determinantes directos (no médicos) de la salud tan importantes como el espaciamiento entre nacimientos<sup>15</sup>.

Otros argumentan la falta de intersectorialidad al aceptar únicamente intervenciones que pueden ser llevadas a cabo a través del Sistema Sanitario y no por otras vías que reducen tanto o más el número de muertes (condiciones ambientales como agua, excretas, viviendas...).

Es obvio también que hay que disminuir la malnutrición y que intervenciones macroeconómicas que favorezcan la agricultura y el comercio de los países subdesarrollados son el pilar básico para ello.

Además, algunas de las intervenciones en que se basan sólo se han estudiado en grupos control randomizados, y ese rigor no se ha utilizado para probar el costo-eficacia en países en desarrollo.

Se ha llegado a asegurar que "el que los organismos externos favorezcan la aplicación del método selectivo puede convertirse en algo peligrosamente contraproducente"<sup>16</sup>.

Además, y factor de enorme importancia, las estrategias selectivas o la integral de UNICEF dependen de forma directa de los donantes. Dejan a los países receptores en situación de cautivi-

dad a merced de las donaciones, con un presente malo y una total dependencia futura.

En ellas, el entramado y la estructura sanitaria no se modifican, lo cual prácticamente asegura la no sostenibilidad de esos programas si el donante directo se retira. Son laudables las iniciativas privadas y/o las de pequeño calado, pero la meta a largo plazo debe ser un Sistema Público de Salud capaz de definir necesidades y generar recursos, incentivar a la gente y crear sus propios programas.

La realidad es que organismos internacionales como el Banco Mundial no quieren compromisos de acción social y duradera. En sus recientes Informes sobre la Reducción de la Pobreza<sup>17</sup> apenas hacen referencia a la intersectorialidad del componente salud cuando el propio estudio Bellagio concluye que las estrategias de tipo selectivo estudiadas son una oferta fragmentada de servicios de salud sin un esfuerzo coordinado para llegar al niño y a su familia: "En las iniciativas específicas de enfermedad que tenemos actualmente la planificación amplia, la implementación y la evaluación son difíciles de establecer y mantener"<sup>18</sup>.

Pero incluso las conclusiones finales de la OMS, tras el análisis de las intervenciones de disminución de la mortali-

dad por parte del grupo Bellagio, sorprenden por su absoluto decantamiento a favor de la estrategia social con apoyo y creación de Sistemas de Salud y, sobre todo, de Programas de Salud Pública a nivel de distrito<sup>18</sup>.

En cuanto a la inequidad en el enfoque médico-sanitario, ha quedado documentada, e insisto en que debe ser combatida con medidas incluso discriminatorias: el 99% de la mortalidad ocurre en sitios sin recursos, los niños pobres tienen más exposición a agentes de enfermedad, menos resistencia a riesgos y enferman más que sus congéneres ricos. Además tienen más probabilidad de no recibir las intervenciones de "supervivencia infantil"<sup>12</sup>.

Ha quedado de manifiesto que sin el cambio y promoción social y sin el control de los factores sociales negativos, será muy difícil que el sistema de salud pública de un país pueda modificar de forma positiva el nivel de salud de la comunidad. La estrategia de enfoque social es la única que puede cumplir los requisitos antes mencionados.

Sin embargo, las grandes críticas a la estrategia de enfoque social vienen de sus resultados a largo plazo, de su carestía, de su difícil implementación en determinados países en desarrollo y de los métodos por los cuales se accede a ella;

según algunos expertos, incluso contando con una gran solidaridad de los países del norte, sólo podría lograrse a través de una revolución social, como en China, de movimientos por parte de los más desfavorecidos, como en Kerala, o de una larga historia de principios igualitarios y democracia, como en Costa Rica<sup>14</sup>.

Desde el aspecto financiero, la visión de las diferentes estrategias también varía: los resultados de los Programas Integrales a la larga son más baratos, pues se atienden varias necesidades a la vez, y por ello parece mucho más racional ofrecer esto y no un enfoque dirigido a mejorar una sola enfermedad a los donantes. Sin embargo, las inversiones requeridas en las primeras etapas son muy altas y no se han realizado. Los donantes no han aumentado sus presupuestos. Más bien al contrario, han visto los enfoques integrales como una forma de abaratar costes.

Así, grandes organismos como USAID, el Banco Mundial y hasta el Rotary International o la Santa Sede aceptaron con entusiasmo el plan selectivo GOBI, pero la versión ampliada, al igual que más tarde la Atención Integral, no tuvieron el mismo éxito.

De hecho, muchas naciones limitaron sus campañas de apoyo a la inmunización (que ciertamente ha resultado ser la intervención con mejor resultado coste-efecti-

vidad) y a la rehidratación oral, que pasaron a ser considerados los "motores" de la revolución por la supervivencia infantil.

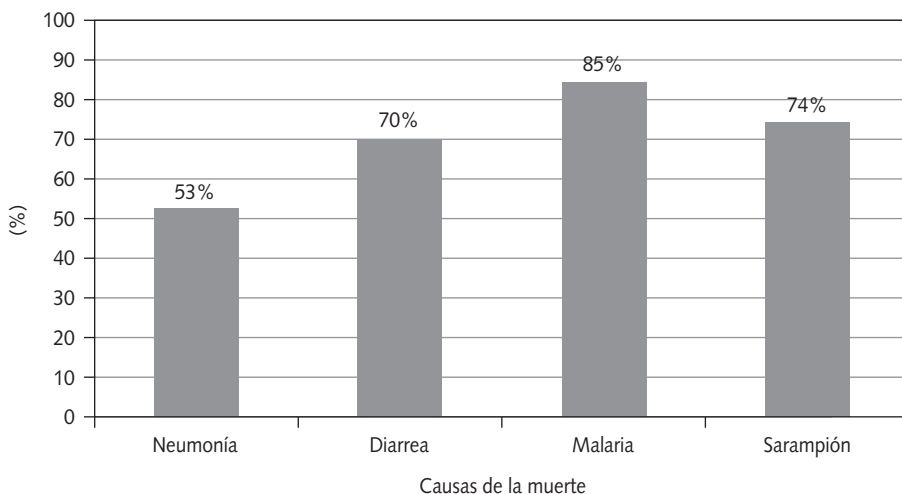
Mientras tanto, para intentar resolver el problema de la obtención de recursos, se han probado iniciativas como privatizaciones de la ayuda al desarrollo o la discutida recuperación de costes de Bamako en África, todavía hoy vigentes.

Por último, no puedo dejar de mencionar la desigualdad de tratamiento que existe entre adultos y niños respecto a la ayuda al desarrollo.

Cada año mueren el doble de niños que de adultos por causas como la malaria, el SIDA o la tuberculosis para las cuales sí hay un inmenso fondo de ayuda.

Reich, profesor de Políticas de Salud Internacionales, estudia las Agendas de Políticas Públicas analizando hacia dónde se dirigen los recursos. El análisis muestra que en cualquiera de las orientaciones que revisa (política, económica, científica u organizativa) la Agenda Internacional de Salud favorecía a los niños hasta hace unos años. Desde principios de los 90, el Banco Mundial ha tomado más influencia en esa Agenda y ha dirigido los recursos que eran para los niños hacia los adultos en los países pobres<sup>19</sup>. No ha tenido en cuenta que proporcionalmente hay mucha más mortalidad infantil que adulta por casi todas las causas importantes (Figura 2).

Figura 2. Muertes en menores de 5 años (proporción del total de muertes)<sup>17</sup>.



Este año USAID ha dado a los planes de supervivencia infantil los menores presupuestos desde 1995. Y la Administración USA ha propuesto aun menos para 2004.

## Conclusiones

1. Hace falta investigación. Datos no sólo generales, sino a nivel nacional y subnacional, pues hay una gran variación entre grupos regionales comunmente unidos e incluso dentro de cada país. Se precisan indicadores sobre la capacidad del Sistema de Salud, preferencias de la comunidad y distribución de los recursos para planificar y monitorizar la salud. También datos sobre el proceso de desarrollo de cada país<sup>20</sup>.
2. Cualquier actuación debe basarse en el perfil epidemiológico concreto y en la organización local que hay que reforzar, ya que sin gente local ningún tipo de programa infantil podrá ser sostenible. Las grandes estrategias verticales "talla única" valen en muy pocos casos<sup>21,22</sup>.
3. No hay un único camino. La situación de Salud Infantil es tan grave que diferentes estrategias pueden ser efectivas, eficientes y sostenibles siempre que la orientación final sea la Atención Primaria de Salud, se adecuen al lugar y sean manejadas por gente motivada y capaz<sup>26</sup>.
4. Hay que estudiar profundamente si son mejores pocas intervenciones con altas coberturas o un cambio general, aunque mínimo, en la base socio-económica de la salud.
5. Entre las intervenciones médicas concretas no hay que esperar nuevas tecnologías. Las actuales serían suficientes para hacer descender la TMM5 si se lograra una cobertura del 99%.
6. Reforzar los Sistemas de Salud debe ser una meta a medio-largo término analizando las diferencias entre países<sup>22,23</sup>.
7. Es necesario y de justicia devolver la independencia económica a los países a los que se la quitamos. Eso significa que la deuda externa debe ser suprimida y la ayuda oficial al desarrollo debe aumentar el porcentaje de PIB. Sólo así haremos reducir la mortalidad infantil y llegaremos –aunque más tarde– al tan ansiado objetivo del milenio<sup>3,11,24</sup>.
8. Solamente cuando suficientes personas comiencen a pensar de forma crítica sobre su/la situación ac-

tual, podrá lanzarse una estrategia eficaz. Uno de los más importantes objetivos de la cooperación en salud debe ser el abogar y hacer

presión por conseguir un cambio más profundo en las estrategias, un cambio a nivel macroeconómico y político.

---

## Bibliografía

---

1. De Aranzabal Agudo M. Cooperación Internacional en salud infantil: causas y determinantes de la salud en países en desarrollo. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 277-290.

2. Victora CG, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 233: 41.

3. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la Salud. Right to Health. Disponible en [www.righttohealth.org/pages/1/index.htm](http://www.righttohealth.org/pages/1/index.htm)

4. Schuftan C. The Child Survival Revolution: A Critique. *Family Practice* 1990; 7: 329.

5. Werner D. The life and death of primary health care or the macdonaldization of Alma-Ata. 1993. Rights to Health, 964 Hamilton Ave. Palo Alto, CA 94301, USA.

6. Grant JP. A Child Survival and Development Revolution Assignment Children: A Journal Concerned with Children. *Women&Youth Development* 1993; 23: 61-62.

7. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354(suppl 2): 16-20.

8. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *World Health Organization. WHO document* 1999; 77(7): 582-594.

9. World Health Organization. The multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE). Progress Report, may 2001-april 2002. WHO Document WHO/FCH/CAH/02.16. Geneve.

10. Gove S. Integrated management of children illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. *Bull World Health Organ* 1997; 75(Suppl 1): 7-24.

11. Sanders D. The struggle for health. Hampshire, UK; Mac Millan Education, 1985.

12. Progress since the World Summit for Children: a statistical review. New York: UNICEF; 2001.

13. Mohan P, Mohan S and Singh K. Debate on children survival series: Identifying interventions for improving child survival: restrictive or inclusive? Disponible en [www.thelancet.com/journal/vol362/iss9380/full/llan.362.9380.child\\_survival.26684.1](http://www.thelancet.com/journal/vol362/iss9380/full/llan.362.9380.child_survival.26684.1)

14. Rifkin S, Gill W. Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. *Soc Sci Med* 1986; 23: 559-666.

15. Hutta Z, Jones G, Steketee RW, Black RE, Hutta Z, Morris S and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.

16. Banerji Debabar. Atención Primaria de salud: ¿selectiva o integral? *Foro mundial de la salud* 1984; 5: 357-360.



17. World Bank. A new approach to country-owned poverty reduction strategies. The World Bank Group, report 20374, enero 2000. Disponible en [www.wds.worldbank.org](http://www.wds.worldbank.org)
18. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003; 362: 323-327.
19. Reich M. The politics of agenda setting in international health: child health versus adult health in developing countries. *J Internat Dev* 1995; 7(3): 489-502.
20. Robert EB, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226-2234.
21. Smith DL, Bryant J. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. WHO. Pergamon Press. p. 909-917.
22. Bryce J, Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing Child Mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003; 362: 159-164.
23. WHO. The world health report 2000. Health Systems: improving performance. Disponible en [www.who.int/health-systems-performance/whr 2000.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/whr 2000.htm)
24. La realidad de la ayuda. Una evaluación independiente de la ayuda al desarrollo española e internacional. INTERMON-OXFAM. Limpergraft.
25. Logie DE, Woodrofe J. Is aid to developing countries hitting the spot? *BMJ* 1995; 311: 72-73.
26. Jong-Wook Lee. Child Survival: a global health challenge. WHO, Ch 1211, Geneva Switzerland. *The Lancet* 2003; 362(9380): 262.



